UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 — N° 24.

Contribution à l'étude de la Neurosyphilis

DES INDIGÈNES MUSULMANS DE L'AFRIQUE DU NORD

basée sur la recherche méthodique du signe d'Argyll-Robertson

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 7 Juillet 1921

par **M. Joseph ABOAB**

Né à Oran, le 7 Octobre 1894

MEMBRES DU JURY :

MM.	GILLOT, Professeur de Clinique médicale infantile.....	*Président.*
	CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène.....	*Juges.*
	AUBRY, Agrégé (Médecine).....	
	GIRAUD, Agrégé (Physiologie).....	

Alger -- Imp Crescenzo

87294.

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921 — N° 24.

Contribution à l'étude de la Neurosyphilis

DES INDIGÈNES MUSULMANS DE L'AFRIQUE DU NORD

basée sur la recherche méthodique du signe d'Argyll-Robertson

Thèse pour le Doctorat en Médecine

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

présentée et soutenue publiquement

le 7 Juillet 1921

par **M. Joseph ABOAB**

Né à Oran, le 7 Octobre 1894

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur de Clinique médicale infantile..... *Président.*
CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène.....
AUBRY, Agrégé (Médecine)..... } *Juges.*
GIRAUD, Agrégé (Physiologie).....

Alger -- Imp Crescenzo

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✿).
ASSESSEUR ..... HÉRAIL (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✿, ⊛). LEBLANC (✻, ✿, ⊛).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✿).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I. ✿, ⊛)
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD
Clinique médicale	ARDIN DELTEIL (I) ⊛.
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O ✻, I. ✿).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I ✿).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ✿).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I ✿).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	N. .
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✿. O. ✻).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✿, ✻).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ✿, ⊛)
Médecine légale	MICHELEAU (✻, I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✿).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✻, I. ✿)
Pharmacie	MUSSO (I. ✿).
Physiologie	TOURNADE (✻ ⊛).
Physique médicale	DUFOUR (I ✿).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O, ✻). REY (✻, I. ✿). | MM. BATTANDIER (I. ✿). MALOSSE, Théod. (I. ✿, ⊛).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire ..... M. CABANES (✻, ⊛)

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✻, ⊛). LOMBARD (⊛).
Médecine	RAYNAUD (⊛). AUBRY (✻, ⊛).
Physiologie	GIRAUD (✻, ⊛).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	SENEVET (⊛).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✻, ⊛, I. ✿)
Chimie	H. MALOSSE (⊛, I. ✿).
Anatomie	FERRARI (A. ✿, ⊛).
Pharmacie et matière médicale	X. ...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON FRERE AINÉ

Le DOCTEUR ALBERT ABOAB, de Marseille

A MA FEMME

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A Monsieur LOUIS BOUTARD

Philologue et Naturaliste

AU DOCTEUR ARMAND ACHOUR

Médecin de Colonisation d'Algérie

AUX DOCTEURS

MOSCA, ZERMATI, DAYAN et FAROUZ

A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

M. le Professeur CRESPIN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'ALGER

A Monsieur Le Professeur GILLOT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

qui à plusieurs reprises voulut bien nous agréer comme interne dans son service, et qui nous fait l'honneur de présider cette thèse.

A MES JUGES

Avant-propos

La question de la fréquence de la neuro-syphilis des indigènes mahométans de l'Afrique du Nord par rapport à la fréquence de la neuro syphilis des Européens depuis longtemps en discussion est encore très controversée.

Elle a suscité des travaux de nombreux auteurs que nous rapporterons dans notre historique. Certains de ces auteurs prétendant qu'elle est « exceptionnellement rare », d'autres qu'elle est aussi fréquente que chez les Européens, d'autres enfin plus éclectiques déclarant simplement « qu'elle n'est pas rare ».

Une mise au point s'impose.

Cette divergence d'opinions est elle due à ce que les constatations desquelles dérivent ces opinions se rapportent à des époques différentes, à des régions

différentes. Quoi qu'il en soit, elle semble provenir, du moins pour une part de ce que, avant de discuter on omet de définir un terme.

Le terme de neuro syphilis englobe toutes les affections syphilitiques du système nerveux central et périphérique, méningites et états méningés histologiques, tabès, paralysie générale, aliénation mentale, hémiplégies, myélites aiguës et chroniques, ophtalmoplégies, névrite sciatique, etc, etc... (D'aucuns même ont pu prendre dans le sens de neuro-syphilis clinique certaines modifications du liquide céphalo-rachidien).

C'est un terme générique et toutes ces affections neuro-syphiliques ne se comportent pas à tous les points de vue d'une façon identique. C'est ainsi que chez les indigènes mahométans de l'Afrique du Nord, il semble que le tabès et la P. G. ne soient pas aussi fréquentes que chez les européens, tandis que les autres affections neuro-syphilitiques seraient fréquemment observées.

L'étude comparée, des réflexes pupillaires et du signe d'Argyll notamment, chez les indigènes et chez les Européens nous a paru de nature à éclairer le débat. (Nous verrons plus loin que le signe d'Argyll est neuf fois sur dix symptomatique de tabès et que pendant des années, ce signe peut s'observer à l'état monosymptomatique précédant le tabès confirmé)

Pour ce qui est des troubles réflexes pupillaires chez les Européens, nous nous en rapporterons à la statistique de Sulzer. Cette statistique qui porte « sur

cinquante-trois sujets observés au début de l'évolution de leur syphilis » accuse 14 troubles réflexes pupillaires.

Quant à la statistique relative aux indigènes, nous l'établirons nous-mêmes ; cette statistique portera sur une centaine de syphilitiques également avérés surtout secondaires et tertiaires dont seront exclus (pour nous placer dans des conditions identiques d'expérience) tous ceux qui présenteront déjà une affection nerveuse confirmée ; nous nous attacherons donc à rechercher le signe d'Argyll à l'état monosymptomatique.

Ainsi, notre statistique pourra être comparée, en outre, à celle de M. Charpentier dont nous reparlerons et qui porte sur mille indigènes des souks de Tunis « dont la plupart étaient certainement syphiliques » (mais qui en réalité étaient des individus relativement bien portants) et chez lesquels il n'a relevé notamment aucune abolition des réflexes pupillaires.

De cette fréquence du signe d'Argyll monosymptomatique, nous déduirons la fréquence des affections cérébrales susceptibles de débuter (et même de se terminer) par un Argyll, c'est-à-dire du tabès surtout, de de la P. G., à l'exclusion des autres affections neuro-syphilitiques. Nous rapporterons de plus un certain nombre de cas de tabès confirmé et de P. G. que nous avons rencontrés incidemment au cours de notre statistique.

Quant à la fréquence comparée des autres affections neuro-syphilitiques chez ces indigènes, nous

l'établirons en tenant compte des travaux d'un certain nombre d'auteurs.

Nous avons donc observé, soit à la clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital de Mustapha, soit au dispensaire de la ville d'Alger (clinique Gémy) une centaine de syphilitiques avérés au point de vue des réflexes pupillaires.

Nous manquerions au plus élémentaire des devoirs si nous n'adressions publiquement nos remerciements à tous ceux qui, directement ou indirectement, nous ont aidé dans cette tâche, et notamment à M. le Docteur RAYNAUD, agrégé, chef de service de la clinique dermato-syphiligraphique, à M. le Docteur DUMOLARD, chef de service de la clinique neurologique à l'hôpital de Mustapha, à M. le Docteur Murat, Médecin-chef du dispensaire de la ville d'Alger.

Que M. le Docteur Montpellier, chef de clinique dermato-syphiligraphique, qui nous inspira le sujet de notre thèse et qui durant nos études ne nous ménagea ni son enseignement ni ses conseils reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

Historique

Tout comme la tuberculose, la fièvre typhoïde et les épithéliomas (pour ne citer que les maladies particulièrement controversées) les maladies nerveuses en général et la neuro syphilis en particulier ont été niées ou considérées comme exceptionnellement rares par de nombreux auteurs chez les indigènes mahométans de l'Afrique du Nord.

Nous savons aujourd'hui à quoi nous en tenir pour ce qui est de la tuberculose et de la typhoïde notamment, mais la conception d'extrême rareté de la neuro syphilis dans ces régions ne semble pas encore avoir rejoint les conceptions analogues dans l'histoire de la Pathologie Nord Africaine.

Grellois en 1846 fait ressortir qu'il n'a rencontré

aucun aliéné dans ses excursions autour d'Hammam-Meskoutine (Constantine).

Dussourt en 1853 par contre, écrit que la folie n'est pas rare à Orléansville comme dans toute l'Algérie.

Bertrand en 1840 trouve des épileptiques en grande quantité ainsi que des sciatiques, tandis que Mertz, professeur à l'école de Médecine d'Alger en 1895, conclut « à un certain degré d'immunité du système neuro-spinal et encéphalique de nos sujets mahométans. »

En 1901, Scherb, professeur suppléant à l'école de Médecine d'Alger également, signale cette immunité à la Société de neurologie de Paris « En quatre ans dit-il, je n'ai pas vu un cas de tabès ou de P. G. ». Ce même auteur publie en 1903 une observation de P G. et en 1905 rapporte une première observation de tabès chez un indigène alcoolique et qui lui sert du reste à confirmer sa thèse.

Pour Brault (1905) « Les accidents nerveux syphilitiques sont rares, et la parasyphilis à peu près absente ». Toutefois « cette immunité ne paraît relative et n'a pas un caractère absolu » ; vers cette même époque, M. le professeur Gillot ne voit guère intervenir la syphilis comme cause d'accidents nerveux. La syphilis cérébrale dit-il, est tout à fait exceptionnelle elle existe cependant, et cite deux observations de neuro-syphilis chez des alcooliques avérés (une de syphilis cérébro-spinale, une de tabès).

Sicard en 1907 observe sur 62 cas d'affections du système nerveux, 24 cas de neuro-syphilis (dont 1 P.G.; 6 myélites ou paraplégies, 2 Hemiplégies, enfin 5 syphilis cérébro spinales.

Battarel en 1911 conclut de l'analyse d'un article du docteur Rüdin de Munich à la rareté de la P. G. chez les arabes.

Mais déjà en 1907, Dumolard estime « que les maladies nerveuses en général sont fréquentes et que la syphilis nerveuse n'est pas rare ; citons en passant sa statistique comparée (1907) et nous verrons que sur cent indigènes traités à l'Hôpital de Mustapha on relève 2,22 pour 100 de maladies nerveuses tandis que sur cent européens dans le même cas on en relève 3,49 pour 100.

Mais, depuis la guerre quatre faits sont à noter Lévy-Bing et Gerbay observent 25 cas de modifications du liquide céphalo-rachidien dans 123 cas de syphilis d'indigènes de leur formation sanitaire militaire et concluent : « Les ponctions pratiquées sur 25 sujets des observations publiées ont révélé des modifications relativement fréquentes du liquide céphalo-rachidien au cours des périodes secondaires et tertiaires et des lésions de méningite latente chez des sujets n'accusant aucun symptôme nerveux, cliniquement apparent » sans vouloir nous étendre à des générations trop hâtives, nous pensons que la syphilis est capable chez les arabes tout comme chez les européens de donner lieu à des symptômes nerveux graves sans excepter la P. G.

En 1918, Montpellier examinant le liquide céphalo-rachidien de 80 indigènes syphilitiques de l'Hôpital civil de Mustapha relève huit observations de modifications du liquide céphalo-rachidien et conclut : « Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont au cours de la syphilis aussi fréquentes chez les Indigènes que chez les Européens ». Puis dit-il « les syndromes, méningés existent chez eux avec la même fréquence que chez nous, il suffit de les rechercher et de ne pas attendre qu'ils vous soient spontanément révélés. A mon sens, dit-il, dans leur ensemble, les manifestations nerveuses au cours de la syphilis se rencontrent aussi fréquemment chez les indigènes que chez nous. A peine si je ferai une petite réserve en ce qui concerne la meningo-encéphalite diffuse et le tabès ». C'est ainsi qu'il publie 8 observations de neuro syphilis 1 méningite, 1 paralysie faciale, 2 Hémiplégies droites et 4 méningo-myélites dont une avec paraplégie spasmodique, une avec paraplégie flasque, une avec contractures, une avec syndromes de Brown-Séquard.

En 1919 Laurens rassemble un certain nombre d'observations d'affections neuro-syphilitiques, notamment deux observations de tabès, l'une personnelle, (prise dans le service de M. le professeur Ardin-Delteil et dans laquelle le signe d'Argyll n'a pu être recherché en raison d'un myssis permanent) l'autre en collaboration avec M. Montpellier (tabès avec signe d'Argyll et douleurs fulgurantes). Egalement dues à M. Montpellier, une observation de syphilis cérébro-

spinale et para-plégie amyotrophique, une observation de paraplégie spasmodique syphilitique, enfin une hémiplégie totale gauche syphilitique et pour terminer une observation inédite due à M. Dumolard de P. G. P. chez un indigène non alcoolique ; et Laurens conclut : les observations nombreuses de syphilis nerveuse cliniquement décelable semblent prouver que la syphilis nerveuse n'est pas rare chez les arabes.»

Il semblerait donc résulter des travaux de Lévy-Bing, Montpellier et Laurens que le système nerveux des indigènes n'est pas à l'abri de l'imprégnation tréponémique. Toutefois, ne faudrait il pas faire une distinction entre les troubles nerveux consécutifs à la localisation du tréponème sur la cellule nerveuse elle-même et les troubles nerveux conditonnés par une lésion vasculaire artérites syphilitiques par exemple. Ce dernier groupe d'affection semble bien aussi fréquemment observé chez les indigènes que chez les européens tandis que pour la première nous souscririons volontiers à l'idée d'une certaine rareté, rareté en rapport d'ailleurs avec l'absence de causes adjuvantes telles que l'alcoolisme et le surmenage intellectuel notamment facilitant la localisation du tréponème sur la cellule nerveuse ; c'est dire que ces affections seront dorénavant d'autant plus fréquemment observées que les causes adjuvantes produiront mieux leurs effets (progrès de l'alcoolisme, plus grande fréquence des professions intellectuelles : instituteurs, avocats, médecins.)

En 1920, par contre, Charpentier, disciple de

Babinsky abondant dans la conception de la plupart de ses collègues et dans la conception de la rareté de la neuro-syphilis dans l'Afrique du Nord, s'exprime en ces termes : « Venant à l'appui de ce que vient de dire M. le professeur Janselme sur la rareté de la neuro-syphilis chez certaines races, je rappellerai le résultat de l'examen des reflexes que j'ai pratiqué en 1912 à Tunis, au cours d'un voyage en Tunisir sur un millier d'arabes environ.

« M. Brunswig le Bihan qui exerce à Tunis depuis de longues années, interrogé alors par moi sur la rareté de Tabès et de la P. G. chez les arabes m'avait dit que, tandis que la syphilis et particulièrement la syphilis osseuse était très répandue chez les arabes, le tabès et la P.G. étant tout à fait exceptionnels. Pour ma part, sur le millier d'arabes examinés dans les cafés des Souks et dont beaucoup étaient certainement syphilitiques, je n'ai pas rencontré un seul cas d'affaiblissement ou d'abolition des reflexes rotuliens achilléens ou pupillaires à la lumière. Ce sont des faits : ils ne tranchent pas, bien entendu, la question de l'unité ou de la pluralité des germes syphilitiques. ».

L'étude des réflexes pupillaires et du signe d'Argyll notamment nous a parue de nature à contribuer à édifier notre conviction. C'est alors que nous apparut l'importance capitale d'une technique rationnelle et sûre pour la recherche de ces signes ; ce travail fait l'objet de notre premier chapitre. Dans un second, nous montrerons la valeur séméiologique attribuée

classiquement au signe d'Argyll dans la syphilis. Le troisième chapitre renfermera la série de nos observations, enfin le quatrième comportera des réflexions générales et des déductions tirées des constatations de faits du chapitre précédent.

CHAPITRE PREMIER

Technique de Recherche du signe d'Argyll-Robertson

Comme nous le disions précédemment la technique de recherche très délicate du signe d'Argyll et des troubles pupillaires en général a une importance primordiale. Un défaut de technique notamment ne peut-il expliquer des résultats dissemblables ? Chacun sait que des laboratoires différents peuvent au point de vue de la réaction de Wassermann donner pour un même sang, adressé, le même jour, deux réponses différentes, l'un aura examiné le sang le jour même, l'autre trois jours après (explication donnée par M. Mélanidi de l'Institut Pasteur d'Athènes).

Dans ce chapître, nous donnerons rapidement la définition des principaux réflexes, nous passerons

ensuite en revue les différents troubles de ces réflexes, enfin nous nous attacherons à préciser la technique proprement dite.

§ premier — DÉFINITION DES RÉFLEXES (Gaucher)

I. - *Réflexe lumineux ou photo moteur et réflexe consensuel.*

En présence d'une vive lumière, la pupille se contracte fortement comme pour protéger les milieux oculaires et la rétine, contre une excitation trop abondamment brutale. Dans l'obscurité, au contraire, elle se dilate, le réflexe lumineux se produit à la fois sur les deux yeux, alors même qu'un seul œil est soumis à l'influence de la lumière, c'est là ce qu'on appelle le réflexe consensuel. (L'excitation lumineuse reçue par la rétine est transmise par le nerf optique et les tubercules quadrijumeaux au moteur oculaire commun qui fait contracter le sphincter de la pupille en myosis. Dans le cas de mydriase c'est le grand sympathique qui amène la dilatation du muscle irien à fibres irradiées que nient les histologistes mais dont il faut physiologiquement admettre l'existence.

II. — *Réflexe d'accommodation.*

C'est la dilatation de la pupille quand le sujet

regarde un objet éloigné et la contraction de la pupille quand le sujet regarde un objet rapproché. Les mouvements de la pupille sont des mouvements associés, ils sont associés aux mouvements d'accomodation et de convergence, l'accomodation rapprochée commande en effet les contractions des fibres circulaires de toute la musculature intra-oculaire. L'accomodation éloignée commande au contraire les fibres longitudinales.

III. — *Réflexe psychique objectif.*

Indépendamment de toute accomodation et de tout réflexe photo-moteur, la pupille se dilate quand l'œil regarde un objet. L'individu ouvre la pupille en même temps que son œil. On démontre le fait en faisant regarder alternativement un sujet sur un tableau noir et un écran blanc, tout deux situés à une même distance.

Quand l'œil fixe les dessins de l'écran blanc la pupille se dilate alors que sa luminosité devrait la faire contracter. On a appelé ce réflexe psychique ou psycho-sensoriel.

IV — *Réflexe psychique subjectif.*

Haab a montré que la pupille modifiait ses dimensions sous l'influence de certains états psychiques. C'est ainsi qu'elle se retrécit lorsqu'on pense à un objet lumineux, tandis qu'elle se dilate quand on pense à l'obscurité.

V. — *Réflexe à la douleur.*

C'est la dilatation de la pupille sous l'influence d'une douleur vive d'un pincement de la peau.

VI. — *Hippus physiologique* (Collet).

En dehors de toute influence extérieure le sphincter pupillaire présente une série d'oscillations 30 à 60 par minute, alternatives de contraction et de relâchement désignés sous le nom d'hippus physiologique.

§ 2. — TROUBLES DES RÉFLEXES

Les principaux troubles observés au niveau de la pupille sont la perte des réflexes, perte du réflexe lumineux ou bien perte du réflexe d'accomodation et différents états tels que l'inégalité pupillaire et l'irrégularité pupillaire. L'ophtalmoplégie interne caractérisée par une paralysie localisée au sphincter de la pupille et au muscle ciliaire et dans laquelle la pupille ne réagit ni à la lumière ni à l'accomodation est avec l'ophtalmoplegie externe et l'ophtalmoplégie totale une des formes de la paralysie du moteur oculaire commun.

Enfin le signe d'Argyll.

Le signe d'Argyll Robertson, qui porte le nom d'un médecin d'Edimbourg, qui l'a décrit en 1869, consiste dans la perte du réflexe lumineux avec conservation du réflexe à l'accomodation. En même temps que la perte du réflexe lumineux il y a perte du

réflexe à la douleur et abolition de l'hippus physiologique.

La pupille est le plus souvent contractée et le myosis est un signe important de tabès. La mydriase est beaucoup plus rare et passagère. Il peut y avoir encore de l'inégalité pupillaire, un aspect atrophique de l'iris. On peut rencontrer dans le tabès avec le signe d'Argyll, des paralysies oculaires et de l'atrophie de la papille (Collet).

Brissaud, Pinard, Reclus dans la « nouvelle pratique médico-chirurgicale le définissent ainsi :

« Le signe d'Argyll qu'il ne faut pas confondre avec l'ophtalmoplégie interne, consiste dans la diminution notable du réflexe pupillaire à la lumière avec intégrité du réflexe accomodateur, il est unilatéral ou bilatéral, ce signe se rencontre isolément chez un bon nombre de syphilitiques, ni tabétiques, ni paralytiques généraux, l'ophtalmoplégie interne portant à la fois sur l'iris et le muscle ciliaire peut aussi se rencontrer. La mydriase et surtout le myosis ou l'inégalité pupillaire sont fréquents, avec le myosis le signe d'Argyll reste généralement pur c'est à-dire qu'il ne se complique pas de paralysie du muscle ciliaire.

De Massary écrit : « tout à fait au début du tabès et même exceptionnellement, le signe d'Argyll peut n'exister que d'un seul côté : pendant un temps plus ou moins long le signe d'Argyll n'est qu'ébauché c'est à-dire que la réaction à la lumière ne se fait que lentement incomplètement. Enfin, également au début du tabès, le signe d'Argyll est quelquefois intermittent,

mais c'est là un fait exceptionnel. Quelquefois le réflexe au lieu d'être complètement aboli, est devenu si faible qu'on ne saurait en affirmer l'existence, simulée peut être par un certain degré d'accomodation.

Maurice de Fleury admet également l'existence de réaction paresseuses, quelquefois dit-il le symptôme n'est qu'ébauché, les pupilles se retrécissent encore à la lumière et se dilatent encore à l'obscurité mais la réaction et lente et paresseuse ; alors même qu'il en est ainsi la valeur diagnostique de ce signe intégral ou atténué devient considérable.

« Quant à Gaucher « il faut pour que ce signe ait toute sa valeur que l'absence de contraction pupillaire soit complète, que la source lumineuse soit intense et que la rétine possède toute sa sensibilité à la lumière, avec Cestan et Dutemps nous ne considérons comme signe d'Argyll que l'abolition complète du réflexe lumineux, la faiblesse du réflèxe peut être considérée comme une amorce du signe d'Argyll mais non comme un signe d'Argyll lui-même. Quand le nerf optique est dégénéré (qu'il y a donc amaurose, le réflexe pupillaire ne se produit plus quand, on approche une lumière de l'œil car l'impression n'est pas conduite au centre moteur de la pupille, le conducteur est détruit ».

Ceci bien établi nous abordons la technique.

§ 3. — TECHNIQUE PROPREMENT DITE

« Nous voyons presque toujours rechercher le signe d'Argyll, dit Gaucher, d'une manière défectueuse,

les uns ferment des 2 pouces les paupières supérieures, les autres sans aucune précaution préliminaire, interposent entre la lumière et les yeux du sujet un écran qui empêche la venue du jour puis enlèvent brusquement cet écran, d'autres enfin sans précaution préliminaire approchent vivement une source lumineuse du visage du patient etc.... Aucun ne songe avant toute recherche de la réaction pupillaire, à fixer le regard du sujet sur ce point déterminé pour empêcher les phénomènes d'accomodation à la distance, c'est là pourtant une précaution essentielle. Quand vous ouvrez brusquement les yeux d'un individu dont vous teniez les paupières closes, les globes oculaires, roulent en tous sens avant de se fixer en une situation quelconque, l'œil accomodant primitivement sur cet écran regarde forcément un objet éloigné, quand vous approchez une lumière de l'œil celui-ci se détourne pour en fuir la chaleur et l'eclat, ou bien la tête s'éloigne par crainte de brûlure. *Dans tous les cas, la pupille accomode à la distance et change de dimension. On peut donc laisser passer inaperçu un signe d'Argyll des plus caractérisés.*

Il importe donc de fixer le regard du sujet sur un point noir de préférence et modérément éloigné pour maintenir la pupille dans un état de dilatation moyenne. Alors, mais alors seulement on peut faire intervenir l'action de la lumière.

On pourra interposer une main entre l'œil et le jour tandis que l'autre œil regarde le point désigné, et retirer brusquement la main, la lumière du jour

amènera une contraction pupillaire modérée. Il est plus sûr d'employer une source lumineuse car *l'interposition de la main amène des phénomènes d'accomodation à la distance malgré la fixation de l'autre œil*. Le rat de cave d'usage commun en 1910 dans les hôpitaux, les allumettes en bois sont de mauvaises sources lumineuses. Elles sont douées d'un faible pouvoir éclairant, le rat de cave fait une grande flamme mobile, la bougie peut également être utilisée. Mais l'excitation idéale est la lumière électrique soit qu'on ouvre brusquement devant le malade une lampe à incandescence de l'éclairage domestique, soit qu'on utilise les petites lampes de poche, aujourd'hui si répandues dans le commerce. (Cestan et Dupuy recommandent l'examen à la chambre noire en éclairant l'œil avec une lampe à gaz et une lentile biconvexe. C'est évidemment un procédé excellent mais qui n'est pas pratique et ne peut servir à l'examen usuel).

Quelquefois, les pupilles sont en myosis intense, il est donc très difficile de constater la contraction pupillaire. On peut y arriver en dilatant la pupille à la cocaïne, une pupille qui demeure immobile à l'excitation de la lumière électrique présente indiscutablement le signe d'Argyll Robertson.

Il ne faut pas oublier de faire la contre expérience et de constater la conservation du réflexe à la distance : dilatation de la pupille pendant que l'œil regarde au loin, contraction de la pupille pendant que l'œil regarde de près, cette contre épreuve se fait d'une excellente façon en faisant fixer au malade le

doigt en observant et ëloignant et rapprochant successivement celui-là.

Quand ces deux réflexes sont absents, on a le signe d'Argyll Robertson compliqué (Rocher Duvigneaud) le signe d'Argyll peut être unilatéral. »

M. Albert Charpentier dans sa thèse inaugurale (Paris 1899) Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis procède de la façon suivante : on tient le flambeau électrique avec la main gauche à la hauteur de l'œil droit du sujet et à o m. 10 de l'angle externe.

De la main droite placée de champ entre la lampe et l'œil on fait écran. La situation dès lors est la suivante : Le sujet, dans l'obscurité regarde un point sombre à 3 ou 4 mètres. La pupille droite est dans un certain état que l'on observe. On retire la main droite écran sans approcher la lampe, la lumière vient à tomber sur l'œil droit et on observe la contraction habituelle aux sujets normaux. On place de nouveau la main écran, on attend quelques secondes, on la retire : le phénomène doit se reproduire, il suffit de procéder de même pour l'œil gauche.

Quoique l'accomodation dit il paraisse en imposer parfois pour le réflexe à la lumière avec l'habitude on distingue aisément ces deux mouvements. Le réflexe lumineux normal a tous les caractères d'un réflexe défensif : il est intense, rapide et renouvelable.

Que déduire de tout ceci ?

Un point capital de la technique de recherche

du réflexe lumineux dit Gaucher est de fixer le regard du sujet afin d'éliminer son réflexe d'accomodation sous peine « de laisser inaperçu un signe d'Argyll des plus caractérisés ». Le fait d'interposer la main écran, dit-il, entre la source et l'œil examiné, malgré la fixation de l'autre œil, amène encore des phénomènes d'accomodation à la distance ». Sans doute, chez l'homme normal le réflexe lumineux a le caractère d'un réflexe défensif rapide, ce qui permettrait de le différencier d'un réflexe d'accomodation. Mais chez les sujets pathologiques, ce caractère rapide nous paraît plus contestable. Or il s'agit d'individus à réflexes suspects.

La méthode des ophtalmologistes qui consiste à projeter en chambre noire un faisceau de rayons lumineux grâce à une lampe à gaz et une lentille biconvexe est certainement excellente mais exige déjà une installation spéciale.

Nous avons donc opté pour la technique suivante qui nous a paru très rationnelle, et de toutes la plus pratique.

Nous nous plaçons de préférence dans un cabinet de 4 m. x 4 m. x 4 m. environ où règne une demi-obscurité, toutefois les examens sont possibles dans une salle d'hôpital, au lit du malade, à condition de réaliser une demi obscurité en faisant fermer volets et portes. L'obscurité absolue n'est pas désirable car elle ne permet pas d'observer l'état de la pupille avant l'excitation lumineuse et s'oppose d'une façon absolue à toute recherche du réflexe d'accomodation.

La source lumineuse la plus pratique est la lampe électrique de poche qui avec le marteau de Déjerine doit se trouver dans le tablier de tout neurologiste contemporain choisir une batterie de 4-5 volts et une ampoule 3·5 volts 0·15 ampère car la source doit être intense pour opérer dans une demi-obscurité faute de quoi certains réflexes normaux pourront paraître paresseux. Ce qui importe du reste c'est le rapport de l'intensité lumineuse de la source à l'intensité lumineuse de la lumière ambiante ainsi le réflexe sera d'autant plus net que la source sera plus intense. Grâce à cette lampe de poche nous pourrons facilement localiser le faisceau lumineux sur la rétine du patient et épargner celle de l'observateur qui sans cette précaution serait lui-même ébloui par le jet de lumière et incapable de suivre la variation pupillaire dans toute son amplitude.

Ceci établi, le patient pourra être examiné debout, assis ou couché à la seule condition de fixer sa tête en l'appuyant contre un mur ou sur l'oreiller.

Avant d'opérer, dépister rapidement l'amaurose ou un rétrécissement important du champ visuel.

1. *Recherche du réflexe lumineux.*

La situation est la suivante : la tête du patient est immobile l'observateur tient sa lampe éteinte à 0^{m} 10 centimètres environ en avant de l'œil à examiner (la pupille sera d'autant plus dilatée que la lampe sera plus éloignée). On invite le malade à fixer continuellement la lentille de la lampe et on le rassure sur l'innocuité de l'opération car il faut éviter de mettre

en jeu le réflexe psychique subjectif et d'autre part il faut éviter l'occlusion défensive des paupières — l'observateur note alors un certain degré de dilatation pupillaire, puis sans cesser d'observer la pupille, et avec le minimum demouvements fait jaillir la lumière, la pupille normale se retrecit vivement, les pupilles « paresseuses » (pour cette même intensité) se contractent plus posément, le réflexe est alors affaibli. Dans le cas d'abolition du reflexe, la pupille ne varie pas en dépit d'excitations lumineuses répétées. L'expérience doit se faire pour chaque œil car le signe d'Argyll peut être unilatéral.

On pourra ensuite tout à loisir observer la pupille au point de vue de l'inégalité et de l'irrégularité pupillaire.

Dans le cas où le sujet est en myosis marqué, même si le réflexe existait, la variation de diamètre serait imperceptible, il convient alors de recourir à un artifice. La méthode est légèrement modifiée et au lieu d'inviter le patient à fixer la lentille de la lampe on l'invite à fixer (les deux yeux ouverts) un point foncé situé à 3 ou 4 mètres. La lampe restant toujours à 0 m, 10 mais placée un peu latéralement, on obtient ainsi quelquefois une dilatation. Si le myosis est rebelle on est autorisé à instiller un mydriatique (sous réserve de glaucome).

II. *Recherche du réflexe d'accomodation.*

Normalement la pupille se dilate pour la vision des objets éloignés et se rétrécit pour la vision des objets rapprochés.

Le malade est dans la position primitive, la lampe n'est plus en jeu mais il s'agit de l'index de l'observateur. Celui-ci approche son index droit, de préférence, à cinq centimètres du malade et invite ce dernier à le fixer, il lui annonce qu'il éloignera son index et le prie de le suivre continuellement et de son mieux dans tous ses déplacements. On note alors le rétrécissement pupillaire puis on éloigne assez rapidement le doigt en étendant progressivement le bras, la pupille se dilate progressivement si l'individu est normal et se retrécit progressivement lorsqu'on rapproche de doigt. Le réflexe d'accomodation est alors normal. Si la pupille reste immobile il est aboli.

La perte du réflexe lumineux avec conservation du réflexe d'accomodation constitue le signe d'Argyll pur.

On dit alors que le signe d'Argyll est positif.

Si les deux réflexes sont abolis on a le signe d'Argyll compliqué posit.f. Pour être complet, rechercher l'état du réflexe à la douleur et l'état de l'hippus physiologique.

Cette méthode nous a servi à établir notre statistique les signes d'Argyll positifs que nous avons pu rencontrer ont subi la contre épreuve d'un ophtalmologiste.

CHAPITRE II

Valeur séméiologique du signe d'Argyll dans la syphilis en général

La signification du signe d'Argyll a été assez controversée. Gaucher s'exprime ainsi : « le signe d'Argyll a été décrit pour la première fois en temps que symptôme médullaire, Otto Stolzenburg en 1883, vit déjà ses rapports avec la syphilis, il fut étudié ensuite par Siemerburg, Thomson Alexander, Utoff, mais c'est à Babinski que revient l'honneur d'avoir fait du signe d'Argyll un véritable stigmate de syphilis.

Avec Charpentier qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale, Babinski a publié une vingtaine d'observations de syphilitiques présentant tous l'abolition des réflexes pupillaires à la lumière et à l'acco-

modation sans qu'il y ait aucun signe de tabès ou de P. G.

Cette idée a été confirmée par plusieurs auteurs. Kœnig rapporte plusieurs faits d'abolition des réflexes pupillaires dans la syphilis héréditaire. Erb déclare que ce signe est l'indice que le système nerveux est touché par la syphilis. *Sulzer releva des troubles réflexes pupillaires chez 14 sujets sur 53 qui étaient au début de l'évolution de la syphilis.* Babinski et un certain nombre d'autres auteurs ont poursuivi très scrupuleusement l'étude de la question. L'importance de ce signe est considérable, ce signe est comme le montre Babinski un véritable stigmate de syphilis et non pas un simple signe de tabès ou de P. G , tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont confirmé l'opinion de cet auteur. *Ce signe peut se présenter isolé sans aucun symptôme nerveux* ou bien accompagne une hémiplégie, myélite, hématomyélie, tabès, P. G., et dans tous les cas il signifie syphilis acquise ou héréditaire.

Babinski, Cestan ont rapporté des observations de signe d'Argyll isolé toujours chez des syphilitiques, j'ai moi même observé beaucoup de cas semblables chez l'un d'eux (sur deux ponctionnés) il y avait une lymphocytose céphalo-rachidienne marquée.

Sur un très grand nombre d'hémiplégies cérébrales Cestan et Dupuy Dutemps n'ont constaté que 5 fois l'existence de ce signe d'Argyll et sur ces 5 cas on retrouvait une infection syphilitique ancienne (avouée dans 4 cas probable dans la cinquième). Les

mêmes auteurs ont relaté 5 observations de méningo-myélite, avec signe d'Argyll. Babinski a montré également que les troubles pupillaires de l'anévrysme de l'aorte n'étaient autre que le signe d'Argyll et non pas des phénomènes en rapport avec la compression du sympathique, or on connaît les relations qui unissent l'anévrysme de l'aorte et le sympathique.

Par contre le signe d'Argyll est absent dans la sclérose latérale amyotrophique. Sur 22 cas de polyomyélite Cestan et Dupuy ne l'ont constaté qu'une fois chez un malade syphilitique, il est également absent dans la maladie de Friedreich et c'est un des meilleurs signes qui distingue cette affection du tabès. — Il en est de même dans les polynévrites, dans la sclerose en plaques où sur 100 cas Uhtoff signale une fois seulement la disparition de réflexe lumineux sans s'inquiéter de savoir d'ailleurs si le malade était syphilitique. Il en est de même chez les aliénés, les troubles pupillaires y sont rares si on excepte le tabès et le P. G. — Siemerling sur 300 femmes aliénées constate l'absence du réflexe à la lumière dans 3 démences séniles. 1 démence syphilitique, 3 tabetiques, 2 épileptiques, 1 cas de folie systématique

Il n'y a en réalité que 2 maladies nerveuses où il semble qu'on puisse trouver le signe d'Argyll en dehors de toute syphilis : La syringomyélie (Déjerine) la nevrite interstitielle hypertrophique (Dejerine, Sottas), Guillin, Rocher, Troisier ont montré l'existence du signe d'argyll du côté gauche chez une femme

atteinte de syndrôme de Weber par *ramollissement du côté gauche du pédoncule et il est possible que celui-ci relève de la même lésion chez les syphiliques.* Ces faits prouvent que le signe d'Argyll est affaire de localisation et non de nature mais étant donnée la rareté des affections auxquelles nous venons de faire allusion, ils ne sauraient ébranler notre conclusion qu'en présence, du signe d'Argyll il faut toujours rechercher chez le porteur une syphilis héréditaire ou acquise ».

Enfin dit-il « les pupilles sont d'un secours précieux, leur déformation ou leur inégalité, à condition qu'elles ne soient pas en rapport avec une lésion locale antérieure telle qu'iritis ou traumatisme sont souvent l'indice d'une syphilis évoluant vers les centres, la déformation de la pupille, qui de régulièrement ronde devient oblique ovalaire par exemple et souvent l'indice d'une P. G. imminente. Mais par dessus tout c'est le signe d'Argyll qui est le témoin d'une lésion cérébrale ou cérébro-spinale en évolution, on ne considère plus en effet aujourd'hui ce signe comme symptôme obligatoire de tabès ou de P. G. ; il peut manquer dans ces affections, dans la P G. surtout. C'est un signe du système nerveux qui *existe souvent à l'état isolé, premier symptôme de la lésion cérébro-spinale* plus tard survient la P. G. ou la syphilis cérébrale comme on voit certaines syphilides cutanées, devenues le point de départ d'une explosion nouvelle de syphilides ulcéreuses. Enfin si on a des doutes sur la nature des accidents présentés par

un sujet il y a toujours la ressource de la ponction lombaire. »

Morax écrit : « Le signe d'Argyll peut exister à l'état de symptôme isolé ou presque isolé chez des syphilitiques qui pendant des années ne présentent pas d'autres manifestations. Dans le tabès confirmé le signe d'Argyll est extrêmement fréquent et constitue un trouble persistant. Exceptionnellement il a présenté des intermittences.

Claude Vincent estime que « la preuve de l'existence d'une méningite syphilitique est fourni par la présence d'un signe d'Argyll. Quand le signe d'Argyll n'existe pas il faut rechercher les modifications du liquide céphalo-rachidien », puis « le tabès et la P. G. sont non seulement des manifestations de syphilis nerveuse, mais des séquelles de syphilis nerveuse.

La méningite syphilitique a pour compagne obligée la vascularité sypnilitique, enfin « en présence du signe d'Argyll ou de lymphocytose rachidienne avec Wassermann et atrophie optique ou paralysie des nerfs de la base sans autre signe ne doit-on pas formuler le diagnostic de tabès, mais celui de méningite basilaire d'origine syphilitique ».

Pour Collet « le signe d'Argyll est 9 fois sur 10 symptomatique d'un tabès au début.

Enfin Babonneix dans une récente étude conclut, « Il existe donc dans la littérature, quelques cas où le signe d'Argyll semble indépendant de toute syphilis latente ou apparente. Ces cas sont toutefois assez ex-

ceptionnels pour qu'en pratique la constatation de ce symptôme signifie syphilis nerveuse et doive dans l'immense majorité des cas faire orienter le traitement en conséquence. »

Dans ce qui précède trois points de vue ont été tour à tour considérés par les différents auteurs : la cause de la lésion, le siège de la lésion, son tableau clinique.

Pour ce qui est de la cause de la lésion on a relevé la syphilis à l'origine de la presque totalité des cas. C'est à Babinski que revient l'honneur d'en avoir fait un véritable stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Quant au siège de la lésion. Pour Gaucher il est possible que le signe d'Argyll relève d'une lésion du pédoncule cérébral.

Pour Cl. Vincent, l'existence du signe d'Argyll est la preuve de l'existence d'une méningite syphilitique.

En tous cas l'absence de ce signe notamment dans la maladie de Friedreich, dans la sclérose en plaques, dans la sclérose latérale amyotrophique semble permettre d'éliminer l'hypothèse d'un siège médullaire ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse le rencontrer accompagnant des symptômes médullaires (syphilis cérébro-spinale).

D'autre part, Hédon déclare ceci : « c'est dans les centres primaires optiques comme l'a démontré Hubert Mayo que se trouvent les centres des réflexes

visuels ou lumineux de l'iris (les tubercules quadrijumeaux doivent être considérés comme les centres des réflexes qui ont leur point de départ dans les impressions visuelles, parmi ces réflexes un des plus simples consiste dans la contraction de la pupille sous l'influence d'une impression lumineuse, le substratum anatomique de ce réflexe oculo-pupillaire se trouve dans les connexions des tubercules avec les noyaux du moteur oculaire commun qui sont situés au-dessous d'eux et dans leur voisinage immédiat, aussi ce réflexe qui persiste après l'ablation du cerveau, est-il aboli par la destruction des tubercules quadrijumeaux). Aussi, l'interruption des voies optiques, au-delà des tubercules quadrijumeaux laisse-t-elle intacte le réflexe lumineux irido-constructeur, tandis que *l'interruption de la voie nerveuse au niveau ou en avant des tubercules quadrijumaux, abolit ce réflexe.*

Dans certains cas cliniques on observe que le réflexe irien à l'accomodation persiste malgré l'abolition du réflexe lumineux.

Dans le réflexe lumineux, le retrécissement de la pupille est dû à la contraction du sphincter de l'iris muscle circulaire à fibres lisses que commande le moteur oculaire commun, quant à sa dilatation on peut l'attribuer à la contraction des fibres musculaires rayonnées.

Nous concevons alors pourquoi le signe d'Argyll n'est pas fréquent dans la P. G. P. pure où les lésions siègent du moins au début au niveau des méninges et de l'écorce.

D'autre part nous n'ignorons pas que le sympathique cervical contient des fibres irido dilatatrices et que sa section entraîne la construction de la pupille. Sa lésion nous permettant de comprendre la pathogénie du myosis spinal.

Les arguments cliniques et physiologiques semblent devoir localiser les lésions entrainant la perte du réflexe lumineux, au niv au de l'arc réflexe rétine — nerf optique — bandelettes optiques — tubercule quadrijumeaux — fibres excito réflexes et noyaux du moteur oculaire commun ou plutôt au niveau des noyaux du moteur oculaire commun (puisque l'intégrité de la vision est la condition préliminaire de toute recherche du signe d'Argyll), donc dans le pédoncule cérébral qui contient les noyaux du moteur oculaire commun.

Quant à la conservation du réflexe à l'accomodation dont le rapport avec la convergence des globes a été établi elle s'expliquerait par l'intégrité des voies motrices dont dépend la convergence des globes.

Le signe d'Argyll doit donc être considéré comme un symptôme encéphalique et non comme un symptôme médullaire quoique susceptible de coexister avec une lésion de la moelle.

Enfin au point de vue de l'aspect clinique. Le signe d'Argyll peut se présenter isolé, sans aucun autre symptôme nerveux, isolé ou presque isolé chez des syphilitiques pendant des années et ne présentant pas d'autres manifestations, ou bien accompagner une hémiplégie, myélite, etc... fréquent dans le tabès confirmé plus rare dans la P. G. où il man-

où il manque souvent, rare chez les déments, fréquent dans les hémiplégies tant qu'elles sont d'origine syphilitique. Quelquefois simplement ébauché, quelquefois aboli presque toujours définitivement acquis, quelque fois unilatéral. L'inégalité pupillaire accompagne quelquefois le signe d'Argyll, isolée elle est très précoce, fréquente chez les syphilitiques en tous cas indélébile, (Nicolau).

Il convient de retenir spécialement pour ce qui nous concerne que ce signe d'Argyll existe très souvent à l'état isolé — mono symptomatique — premier symptôme de syphilis cérébro-spinale précédant quelquefois de plusieurs années un tabès ou une P. G. confirmés.

La statistique de Sulzer se rapporte précisément à ces cas d'Argyll mono symptomatique, notre statistique également se rapporte exclusivement à des individus dans le même cas. Nous serons donc autorisés à faire un parallèle entre ces 2 statistiques, l'une nous donnant le pourcentage de troubles réflexes des Européens, l'autre le pourcentage des troubles réflexes des Indigènes de l'Afrique du Nord. Notre statistique porte donc sur une centaine de syphilitiques avérés en évolution, surtout secondaires et tertiaires, ne présentant aucun signe apparent d'atteinte nerveuse mais pouvant présenter le signe d'Argyll à l'état mono symptomatique. La statistique de Sulzer nous donne 14 troubles réflexes pupillaires sur 53 individus au début de l'évolution de leur syphilis. Une statistique de Dujardin et Rasquin portant sur 132 cas de « syphilis ignorée mais cliniquement certaine », « beaucoup

de cas de « syphilis ignorée ayant été décelés par ces troubles pupillaires », une statistique de Dujardin et Rasquin disons-nous accuse 14 signes d'A. R. et 50 « début d'A. R. » sur 132 cas.

CHAPITRE III

Statistique et Observations

§ 1er. — STATISTIQUE PERSONNELLE RELATIVE AU SIGNE D'ARGYLL

Statistique portant sur 105 indigènes mahométans syphilitiques de l'Afrique du Nord, susceptibles de présenter un signe d'Argyll mono symptomatique.

Périodes	Nombre d'individus examinés	Signe d'Argyll positif	Réactions pupillaires paresseuses
Primaire.....	8	0	0
Secondaire.....	57	0	3
Tertiaire.....	40	0	5
Totaux.....	105	0	8

donc { Signe d'Argyll 0 p. 100.
Réactions paresseuses 8 p. 100.

§ 2°. — OBSERVATIONS de TABÈS et de P.G. CHEZ des INDIGÈNES

Observation I — TABÈS

Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Raynaud, agrégé
(Résumée)

Hôpital civil de Mustapha, Salle Hardy, n° 10
malade entrée le 29 avril 1921

Il s'agit d'un indigène de 36 ans, Ch... R., garçon boucher, marié, né à Azib-Tamoun.

Antécédents personnels : Ethylisme, tabagisme. Chancres en 1908, cautérisés au sulfate de cuivre sans autre traitement.

Histoire de la Maladie.

En 1920 apparaissent pour la première fois des douleurs en ceinture s'irradiant aux membres inférieurs et sans fièvre, vers le 5 avril de la même année violentes crises gastriques pendant 8 jours qui reparaissent au mois de juillet suivant.

Examen à l'entrée :

Réflexes rotuliens et achilléens abolis, le réflexe crémastérien existe : les membres sont en hypotonie pas de Babinsky — Romberg positif — le malade marche en lançant ses jambes en avant et talonne, il ne peut pas suivre une ligne droite. Pas d'arthropathies.

Troubles sensitifs : fausses envies d'aller à la selle et d'uriner, douleurs en ceinture, s'irradiant aux membres inférieurs, douleurs gastriques continues, douleurs en jarretière au genou, fourmillements aux extrémités.
Analgésie testiculaire.

Examen oculaire. — Inégalité pupillaire.
Signe d'Argyll positif.

Examen du sang. — Wasserman très faiblement positif.
Hecht fortement positif.

Examen du liquide cépalo-rachidien. — Wasserman positif.
Albumine 0 gr. 15, lymphocytes 94 par m. m.^{3}.

Observation II. — TABÈS

Malade présenté par M. le Docteur Lombard, agrégé en février 1921, à la Société de Médecine d'Alger

Observation due à l'obligeance de M. le Dr Raynaud, agrégé

(Résumée) Hôpital civil de Mustapha, Salle Hardy, nº 9. — Entrée début de mai 1921

B. A... R..., indigène, 35 ans, né à Tizi-Ouzou : Chancre il y a 8 ans. Depuis un an douleurs articulaires nocturnes, notamment au coup-de-pied et au genou droits, le genou droit se tuméfie et atteint un certain volume qui persiste encore. Séjour à la salle Sédillot en janvier 1921 qui dura 1 mois environ, actuellement grosse arthropathie du genou droit (membre de polichinelle). Douleurs fulgurantes, Romberg

positif. — Réflexes rotuliens très diminués. — Signe d'Argyll positif.

Examen du sang. — Wasserman négatif. Hecht positif.

Liquide céphalo-rachidien. — Wasserman positif.
Lymphocytose moyenne.
Faibles traces d'albumine.

Observation III. — PARALYSIE GÉNÉRALE

Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Dumolard
(Résumée)

Hôpital civil de Mustapha, Salle Harvey, nº 20
Entrée le 9 mars 1921. - Décédé le 15 mars 1921

A. ben H..., 53 ans, indigène.

Antécédents personnels. — On ne peut guère tirer de renseignements du malade lui-même.

Examen du liquide céphalo-rachidien. -- Lymphocytes 86 par m m.³. Albumine 0 gr 75, sucre 1 gr. 06.
Wasserman positif dans le liquide céphalo rachidien.

Examen oculaire. — Inégalité pupillaire.
Signe d'Argyll positif.

Autopsie. — Lésions de méningo encéphalite diffuse

CHAPITRE IV

Réflexions générales et Conclusions pratiques

Des constatations de faits du chapitre précédent il résulte que d'une part sur 105 indigènes nous constatons 0 signe d'Argyll et 8 réactions paresseuses

D'autre part, sur 54 européens Sulzer a constaté 14 troubles réflexes pupillaires. Quant à Dujardin et Rasquin ils accusent 14 signes d'Argyll sur 132 cas.

Ce qui fait en définitive : 8 réactions pupillaires paresseuses pour 105 d'un coté et 28 troubles réflexes pupillaires pour 108 de l'autre ou bien encore 14 A.R. sur 132 cas.

Nous conclurons donc que les réflexes pupillaires des indigènes sont moins fréquemment atteints que ceux des européens, d'où une certaine immunité des centres nerveux dont dépendent ces réflexes chez les indigènes c'est à-dire de la région pédonculaire ou péri-pédonculaire.

Le signe d'Argyll étant neuf fois sur 10 symptomatique d'un tabès, nous pouvons dire que : le tabès chez les indigènes est plus rares que chez les européens.

Toutefois Scherb en 1901, au bout de 4 années de recherches déclare qu'il n'a pas observé un seul cas de tabès ou de P.G., tandis qu'en 4 mois il nous a été donné de rencontrer 2 tabès et une méningo-encephalite que nous avons rapportés.

Ne sommes-nous pas autorisés à conclure que le tabès est moins rare qu'il y a 20 ans ? Et par induction ne pourrions-nous pas prévoir, si les progrès de l'alcoolisme se maintiennent et si le nombre d'indigènes se destinant aux professions intellectuelles augmentent, ne pourrions-nous pas prévoir qu'au bout d'un certain nombre d'années la fréquence des affections « parasyphilitiques » chez les indigènes sera sensiblement égale à la fréquence de ces affections chez les européens ?

D'ores et déjà la recherche des troubles pupillaires et du signe d'Argyll Robertson notamment doit être pratiquée systématiquement chez tout indigène syphilitique comme chez tout européen syphilitique

chez les uns et chez les autres Argyll monosymptomatique voudra dire « vieille vérole » localisée au niveau de la région pédonculaire, et commandera le traitement.

Car les observations de tabès, ou autres affections neurosyphilitiques avec signe d'Argyll ne sont plus « exceptionnellement rares » chez nos indigènes et je n'en veux pour preuve que les séries d'observations de Sicard et de Montpellier.

Des travaux de ces auteurs et des travaux de Levy Bing et Laurens nous devons conclure, avec eux du reste, que la syphilis nerveuse « n'est pas rare » chez les indigènes et peut être même qu'elle est aussi fréquente que chez les européens mais nous spécifierons bien : à l'exclusion du Tabès et de la P.G. qui y sont plus rares.

Quant à M. Albert Charpentier : nous souscririons volontiers à son opinion en ce qui concerne la rareté (non exceptionnelle toutefois) du tabès et de la P.G. Mais nous nous en écarterions si sa déclaration à la société de neurologie s'étendait d'une manière sous-entendue à toutes les autres affections neurosyphilitiques des indigènes.

Notre opinion se situe donc d'une manière générale, entre l'opinion des partisans de l'égale fréquence de toutes les affections neuro syphilitiques sans distinction et l'opinion des partisans de l'exceptionnelle rareté globale de toutes les affections neurosyphilitiques chez les indigènes mahométans d'Algérie.

La syphilis atteint chez les indigènes comme chez les européens, les os, les vaisseaux, les viscères mais respecte relativement le tissu noble nerveux, le parenchyme nerveux proprement dit sans que cette immunité s'étende aux méninges ou aux éléments non nobles.

Conclusions

I. — Le tabès et la P. G. sont moins fréquents chez les indigènes que chez les européens.

II. — Il semble toutefois que ces affections, le tabès notamment, soient moins rares qu'autrefois.

III. — Les autres affections neurosyphilitiques semblent aussi fréquentes que chez les européens.

IV. — La recherche systématique du signe d'Argyll s'impose chez les indigènes syphilitiques, tout comme chez les européens.

Bibliographie

Babonneix. — Spécificité du signe d'Argyll Robertson (Gaz. hôp. 26 mars 1921).

Dr E. Battarel. — La question de la P. G. en Algérie, (Bul. méd. Algérie 1911).

Dr P. Battarel. — Quelques remarques sur la P. G., chez les indigènes musulmans de l'Algérie. (Thèse Montpellier 1902).

Dr Bertherand. — La médecine des arabes 1855.

Pr Brault. — 1° Pathologie et hygiène des indigènes en Algérie 1905, Alger ;

3° Les maladies cutanées et vénériennes chez les indigènes musulmans de l'Algérie. (Revue générale des Sciences 1904).

2° Note au sujet de la fréquence des maladies du système nerveux, chez les indigènes musulmans de l'Algérie, janvier-juillet 1907.

Dr Albert Charpentier. — 1° Réunion annuelle de la Société de neurologie, Paris 1920, (Annales dermatologie et syphil. n° 10-1920) ;

2° Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis, (Thèse Paris 1899).

Pr J. Collet. — Le tabès in. précis pathologie interne, tome 1, collection Testut, éd. 1914, Octave Doin, édit[r].

Dr Dussourt. Notice topographique et médicale sur Orléansville. (In. mémoires de méd. chir. et phar. militaires 1853).

Dr de Massary. — Le tabès et les maladies systémathiques cordonales de la moelle.

Dr de Fleury. — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux.

Dr Dujardin (Bruxelles). — Les rapports de la syphilis avec l'irrégularité pupillaire. (Annales d'oculistique février 1919, en collaboration avec Rasquin.

Dr Gallois. — Esquisse sur la topographie d'Hammam Meskoutine. (In mémoires de méd. chir., pharm. militaires 1846).

Pr E. Gaucher. — La pupille des syphilitiques. (In. syphilis du système nerveux, Oct. Doin, édit. 1910).

Dr Gerbay. - (Voir Lévy Bing).

Pr Gillot. — 1° Quelques considérations sur la pathologie des arabes en Algérie (Lyon médical 1902, n° 44 ;

2° Un cas de tabès chez un arabe buveur d'absinthe. (Soc. méd. Alger 19 5).

Pr E. Hédon. — Le Sens de la vue (In. Précis de Physiologie, Collection Testut. (Edit. 1914, Oct. Doin Paris). p, 684).

Dr Lévy Bing. — La syphilis et en particulier ses manifestations nerveuses chez les Arabes aux armées. (In. mal. vénér., août 1917 (En collaboration avec Dr Gerbay).

Dr E. Laurens — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse chez les indigènes mahométans de l'Algérie, (Thèse Alger 1919).

Dr Mertz — (Bulletin du comité d'Eudes médicales, propres à l'Algérie 1895).

Dr Montpellier. — 1° La syphilis secondaire chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord 1917, (In. Annales mal. vénér.)

2° Modif. du liq. céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les indig. d'Algérie (août 1918).

3° La syphilis nerveuse chez les indigènes d'Algérie, (janvier 1919).

Pr V. Morax. — (Précis d'ophtalmologie 1913, M. Masson, édit.).

Pr Nicolau (Bucarest). - De l'inégalité pupillaire précoce. (In. Annales maladies vénériennes 1919).

Dr Rasquin (Namur). - Voir Dujardin.

Pr Schirb. — 1° De la rareté des accidents nerveux chez les arabes syphilitiques (revue neurol. n° 11, juin 1901).

2° Tabès et P. G. chez les indigènes musulmans d'Algérie, (comptes rendus du congrès français de médecine, T. II. 1905).

3° Observation de tabès chez un arabe syphilitique, (1er Congrès français, médecine 1905),

4° Observation du P. G., chez un arabe syphilitique (Revue neurol., juin 1903).

5° Travaux personnels, Montégut Alger 1913.

Sulzer. — Symptômes pupillaires précoces dans la syphilis acquise. (Ann. de derm. et syphiligraphie, mars 1901).

Dr Sicard (d'Alger). — Etude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans de l'Algérie, (Thèse Lyon 1907).

V. les affections para-syphilitiques chez les indigènes. (Bul. méd., Algérie 1910).

Cl. Vincent. — Méningites syphilitiques et tabès, (Journal médical français, août 1913).

Vu : le Président de la Thèse,
GILLOT.

Vu . le Doyen,
CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 15 juin 1921.
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

HISTORIQUE 13

CHAPITRE PREMIER. — Technique de recherche du signe d'Argyll 20

CHAPITRE II. — Valeur séméiologique du signe d'Argyll dans la syphilis en général 33

CHAPITRE III. — Statistique et Observations. 43

CHAPITRE IV. — Réflexions générales et conclusions pratiques 49

CONCLUSIONS 53

BIBLIOGRAPHIE 55